

## Möglichkeiten und Probleme der Ausweitung extramuraler Versorgungsstrukturen in der Gerontopsychiatrie

Netz, Peter; Steinkamp, Günther; Werner, Burkhard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Netz, P., Steinkamp, G., & Werner, B. (1995). Möglichkeiten und Probleme der Ausweitung extramuraler Versorgungsstrukturen in der Gerontopsychiatrie. In H. Sahner, & S. Schwendtner (Hrsg.), *27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Soziologie - Gesellschaften im Umbruch: Sektionen und Arbeitsgruppen* (S. 244-248). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-137422>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

3. Sozialwissenschaftlicher Expertise kommt in dieser Situation v.a. die Aufgabe zu, auf die Uneignetheit von Mitteln bei gegebenen Zwecken sowie auf bestehende Regulierungsalternativen hinzuweisen und diese weiterzuentwickeln.

### **Literatur**

- Deutscher Bundestag (1990), Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der GKV", BT-Drucksache 11/6380, Bonn.
- Rosenbrock, Rolf (1994), Die Gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg: Modernisierung oder Entsorgung solidarischer Gesundheitspolitik. In: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit, Jahrbuch für Kritische Medizin 23, Hamburg.

PD Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin, FG Gesundheit, Reichpietschufer 50, D-10785 Berlin

## **5. Möglichkeiten und Probleme der Ausweitung extramuraler Versorgungsstrukturen in der Gerontopsychiatrie**

*Peter Netz, Günther Steinkamp und Burkhard Werner*

### *1. Einleitung*

Nachdem bereits 1975 die Psychiatrieenquête die Einrichtung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums für psychisch kranke Ältere empfahl, wurde 1988 in den Empfehlungen der Expertenkommission nochmals ausdrücklich die Notwendigkeit eines solchen Angebotes betont. Das Gerontopsychiatrische Zentrum (GZ) besteht aus einer Tagesklinik, einer aufsuchenden Ambulanz und einer Beratungsstelle. Seit 1991 gibt es in Gütersloh ein Gerontopsychiatrisches Zentrum mit einer Altentagesklinik und einer Ambulanz, jedoch ohne die geforderte und notwendige Altenberatungsstelle. Ein wichtiges Ziel dieser Einrichtung ist die Verlagerung der Behandlung aus vollstationären in teilstationäre und ambulante Behandlungseinheiten.

### *2. Kurze Beschreibung des Projektes*

In einem Forschungsprojekt des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health an der Universität Bielefeld wird nach den Auswirkungen gefragt, die die Einrichtung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums für die Versorgungsstruktur einer Region hat. Zwei Regionen wurden miteinander verglichen: die Region Bielefeld ohne ein GZ (von Bodelschwingsche Anstalten Bethel) und die Region Gütersloh mit einem GZ (Westfälische Klinik). Über den Zeitraum eines Jahres wurden in beiden Kliniken die soziodemographischen und medizinischen Daten sämtlicher Behandlungsfälle des vollstationären, teilstationären und ambulanten Bereiches von den behandelnden Ärzten mit einem Basisdokumentationsbogen erfaßt. In beiden Kliniken gab es 1106 Behandlungsfälle, die Zahl der behandelten Patienten war mit 859 natürlich niedriger.

Des weiteren standen die Auswirkungen des GZ auf die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen im Vordergrund. Dazu wurden aus den voll- und teilstationären sowie den ambulanten

Behandlungseinrichtungen beider Kliniken als Zufallsstichprobe insgesamt 124 Patienten und zum Teil auch ihre Angehörigen ausführlich interviewt. Mit einem Interview-Leitfaden wurde das informelle und formelle Unterstützungsnetzwerk der Patienten erhoben. Zur Erfassung ihres psychischen Befundes sowie ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit diente das Dokumentationssystem der "Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie" (AGP). Diese Untersuchung wurde 1 Jahr später mit den selben Patienten wiederholt.

### 3. Von der intramuralen zur extramuralen Behandlung

Gelingt dem GZ eine deutliche Verlagerung gerontopsychiatrischer Behandlungsfälle aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich? Diese Frage kann eindeutig bejaht werden.

Bei zwei vergleichbar großen Versorgungsregionen besteht eine fast identische Behandlungsprävalenz für 60jährige und Ältere mit 0,51% in Bielefeld und 0,49% in Gütersloh im Untersuchungszeitraum April 1992 bis April 1993. Betrachtet man nur den vollstationären Bereich, so zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Bielefeld und Gütersloh. In Bielefeld beträgt die stationäre Behandlungsprävalenz 0,45%, in Gütersloh hingegen nur 0,31%. Entsprechend liegt die teilstationäre Behandlungsprävalenz in Gütersloh mit 0,18% weitaus höher als in Bielefeld mit 0,05%.

Somit ist innerhalb kürzester Zeit in Gütersloh mit dem GZ eine Verlagerung der Behandlung aus dem vollstationären in den teilstationären und auch ambulanten Bereich gelungen.

Sind einer solchen Verlagerungsstrategie nicht doch durch bestimmte Diagnosegruppen und durch den Schweregrad der Erkrankung in einer gerontopsychiatrischen Population Grenzen gesetzt?

Bis auf akut gefährdete (Suizidalität, Fremdgefährdung, Bettlägerigkeit) ältere Menschen gibt es keine Einschränkung dieser Verlagerungsstrategie. Einen ersten Hinweis gibt die Diagnosenverteilung in den einzelnen Behandlungseinrichtungen. In Gütersloh werden in allen drei Einrichtungen ein annähernd gleich großer Anteil Demenzkranker behandelt: vollstationär 51%, teilstationär 52%, ambulant 57%. In Bielefeld hingegen besteht eine deutliche Diskrepanz im vollstationären Bereich mit 66% gegenüber dem teilstationären Bereich mit 31% behandelten Demenzkranken. Da aber Diagnosen alleine nichts über die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen aussagen, haben wir im zweiten Projektteil sehr eingehend den psychischen Befund und die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit erhoben. Diese Ergebnisse zeigen, daß ein tagesklinisches und ambulantes Behandlungsangebot den Anspruch einer Vollversorgung einlösen kann, wenn die Konzepte entsprechend ausgerichtet sind. Im vollstationären Bereich unterscheiden sich die Bielefelder von den Gütersloher Patienten nicht hinsichtlich ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie ihrer psychischen Beeinträchtigung. Ein deutlicher Unterschied besteht hingegen in der Tagesklinik zwischen den Patienten beider Regionen. Die Gütersloher sind erheblich hilfs- und pflegebedürftiger (durchschnittlicher Summenscore nach AGP = 7,0) und auch vom psychischen Befund her (durchschnittlicher Summenscore nach AGP = 10,3) beeinträchtigt als die Bielefelder Patienten (1,8 bzw. 4,8). Die in Gütersloh ambulant behandelten Patienten sind noch stärker beeinträchtigt als die voll- und teilstationär behandelten Älteren in beiden Regionen.

An der "Motorfunktion" des GZ für eine Verlagerung der psychiatrischen Behandlung aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich kann es also keinen Zweifel geben. Auch zeigte sich, daß die Schwere der Erkrankung (nach AGP-Kriterien) diesen Prozeß nicht behindert. Hervorhebenswert ist dies deshalb, weil nach wie vor auch unter Fachleuten davon ausgegangen wird, daß nur "leichter" psychisch und körperlich erkrankte Ältere teilstationär oder ambulant behandelt werden können (Nickel 1991, Niemann-Mirmehdi 1991). Neben einer veränderten Behandlungskonzeption der Einrichtungen muß bei der teilstationären und ambulanten Behandlung schwerkranker Älterer deren Versorgung nachts und an den Wochenenden gesichert sein. Daß dies vor allem durch das informelle Netzwerk, aber auch durch andere Helfer ermöglicht wird, zeigen Ergebnisse und Erkenntnisse aus Projektteil II.

#### *4. Analyse des informellen und formellen Netzwerkes der Untersuchungspersonen (UP)*

Die Netzwerkanalyse einerseits sowie die Auswertung der körperlichen und psychischen Befunderhebung gerontopsychiatrisch behandelter Patienten andererseits unterstreichen die besondere Bedeutsamkeit der sozialen Unterstützung des informellen Netzwerkes für psychisch kranke ältere Menschen. So zeigen unsere Ergebnisse, daß mit zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der UP die soziale Unterstützung des informellen Netzwerkes qualitativ (z.B. Hilfe bei der Pflege und im Haushalt) und quantitativ (zeitlicher Umfang) zunimmt. Bei zunehmender krankheitsbedingter Beeinträchtigung werden also insbesondere die Hilfsmöglichkeiten des informellen Netzwerkes mobilisiert.

Wie wichtig das informelle Unterstützungsnetzwerk für das weitere Schicksal psychisch kranker Älterer ist, wird in einer explorativen Studie des zweiten Projektteiles deutlich. 16 Patienten, die im Laufe des einjährigen Untersuchungszeitraumes in ein Heim übersiedelten, wurden hinsichtlich ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und ihres sozial unterstützenden informellen und formellen Netzwerkes untersucht. Aus der verbliebenen Stichprobe ( $N = 108$ ) wurde eine zweite Gruppe von Patienten ( $N = 16$ ) gebildet, die hinsichtlich Alter, Geschlecht, Diagnose, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gleiche Merkmale aufwiesen, aber weiterhin zu Hause betreut wurden. Hier zeigte sich auf statistischem Signifikanzniveau (sowohl im Mittelwertvergleich,  $p < 0,002$ , als auch im  $\chi^2$ -Test,  $p < 0,037$ ), daß die in eigener Häuslichkeit verbliebenen Patienten ein quantitativ und qualitativ umfangreicheres sozial unterstützendes informelles Netzwerk hatten als die in ein Heim übergesiedelten Patienten. Im formellen Netzwerk unterschieden sich beide Gruppen deutlich, jedoch statistisch nicht signifikant voneinander. Viel interessanter als die besondere Wichtigkeit des informellen Netzwerkes ist an diesem Ergebnis, daß nicht etwa die Krankheitsmerkmale über den weiteren Verbleib der Patienten entscheiden, sondern daß hierfür letztendlich soziale Merkmale ausschlaggebend sind. Denn bei gleichem Alter, Geschlecht und krankheitsbedingter Beeinträchtigung war es die unzureichende soziale Unterstützung, die zur dauerhaften Institutionalisierung in Form der Heimübersiedelung führte. Diese Eindeutigkeit ist insofern überraschend, weil auch Fachleute (u.a. Ärzte) meist von einem geradezu naturgesetzlchen Zusammenhang zwischen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einerseits und Heimübersiedelung andererseits ausgehen.

Einige Ergebnisse unserer formellen Netzwerkanalyse ( $N = 124$ ) zeigen die besondere Qualität der Ambulanz des GZ im Vergleich mit den Möglichkeiten niedergelassener Ärzte (1) in der

verfügbaren Zeit für Patienten und Angehörige, (2) in ihrem aufsuchenden Arbeitsprinzip, das eine Einschätzung der Probleme vor Ort erlaubt, (3) in ihrem Tätigkeitsumfang, der insbesondere den schwerer psychisch und körperlich Erkrankten zugute kommt und (4) in ihrer Kooperation mit ärztlichen und nicht-ärztlichen ambulanten Helfern.

Der durchschnittliche Zeitaufwand der Mitarbeiter der gerontopsychiatrischen Ambulanz im Jahr ist fünf- bzw. siebenmal größer als der Zeitaufwand der niedergelassenen Nervenärzte und Hausärzte ( $17\frac{1}{2}$  vs.  $2\frac{1}{2}$  bzw. 3 Std.). Diese Relation ist offenbar ein Ausdruck unterschiedlicher Hilfsmöglichkeiten. Der vergleichsweise hohe Zeitaufwand durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz kommt vor allem durch die beratende, betreuende und begleitende Arbeit nicht-ärztlicher Mitarbeiter zustande, wie einer Altenpflegerin oder Sozialarbeiterin.

Hausbesuche stellen für die niedergelassenen Nervenärzten eher die Ausnahme dar. Auch die Nervenarztstudie (Bochnik/Koch 1990) hebt hervor, daß nur 0,1% der gerontopsychiatrischen Patienten einer Nervenarztpraxis von dem Nervenarzt zu Hause aufgesucht werden. Die Ambulanzkontakte hingegen finden nahezu ausschließlich bei den Patienten und ihren Angehörigen statt, was einen erheblichen qualitativen Unterschied bedeutet. Denn daß ein psychiatrisches Problem nicht ausschließlich den Patienten betrifft, sondern seine Angehörigen in gleicher Weise einbezieht, bleibt häufig in der Arztpraxis unterbelichtet und wird oftmals erst in der Häuslichkeit des Patienten offenkundig. Dort kann dann schließlich auch der notwendige Unterstützungsbedarf für den Patienten und seine Angehörigen besser eingeschätzt werden.

Bei allen gebotenen Zurückhaltung, scheinen unsere Untersuchungsergebnisse doch ein Beleg dafür, daß gerade die chronisch psychisch und meist auch körperlich schwer erkrankten älteren Menschen und ihre Angehörigen in besonderer Weise von einer zugehenden gerontopsychiatrischen Ambulanz mit einem multiprofessionellen Team (Facharzt, Altenpflegerin, Sozialarbeiterin) profitieren. Die Ausweitung gerontopsychiatrischer Versorgungsangebote in Form eines GZ wird kaum zu Lasten niedergelassener Nervenärzte gehen.

Die Tatsache, daß fast alle gerontopsychiatrisch ambulant behandelten Patienten gleichzeitig von einem Hausarzt behandelt werden, verweist zum einen auf eine gute Kooperation und zum anderen darauf, daß eine bedarfsangemessene Ausweitung ambulanter psychiatrischer Tätigkeiten nicht unbedingt zu einem Nachfragerückgang anderer niedergelassener Ärzte führt. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, daß im Vergleich zu stationär und teilstationär behandelten Patienten ambulant behandelte Patienten vermehrt auf ambulant zugehende Dienste (v.a. Sozialstationen) zurückgreifen können, die hauptsächlich über die Ambulanz aktiviert werden. Insbesondere deren Tätigkeit trägt dazu bei, psychisch kranke ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu versorgen und damit Heimübersiedelungen zu vermeiden. Damit wird deutlich, daß eine Gerontopsychiatrische Ambulanz als Institution des Gesundheitswesens ihre Wirksamkeit vor allem in Kooperation mit diesen Einrichtungen des Sozialwesens entfaltet.

Durch den geringen Institutionalisierungsgrad der Altentagesklinik und der Ambulanz als Bestandteile des GZ ist ein niedrighwelliges psychiatrisches Angebot vorhanden, das schnelle, flexible, und vor allem rechtzeitige psychiatrische und soziale Hilfen ermöglicht. Als medizinisch-psychiatrisches Versorgungsangebot leistet das Gerontopsychiatrische Zentrum schon kurz nach seiner Einführung einen maßgeblichen Beitrag für psychisch kranke Ältere, so wenig Institution wie nötig und so viel Alltagsnormalität wie möglich gerade im Krankheitsfalle zu verwirklichen.

## Literatur

Hans J. Bochnik/H. Koch (1990), Die Nervenarztstudie. Köln

Nickel (1991), Gerontopsychiatrische Tagesklinik Bremen, in: Die Kerbe 4: 16.

Niemann-Mirmehdi (1991), Gerontopsychiatrische Tagesklinik Berlin, in: Die Kerbe 4: 14

Peter Netz, Prof. Dr. Günther Steinkamp, Burkhard Werner, Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, Postfach 100 131, D-33501 Bielefeld

## 6. Systemische Eigendynamik und politische Steuerungsversuche: Das Beispiel der kardiologischen/kardiochirurgischen Versorgung

*Johannes Staender und Elisabeth Bergner*

Am Beispiel der kardiologischen/kardiochirurgischen Versorgung in der Bundesrepublik fragen wir, welche Mechanismen die beachtliche Expansion dieses Leistungsbereichs bewirkt haben mögen. Anschließend gehen wir auf die Frage ein, inwieweit die betrachteten Entwicklungen Gegenstand politischer Steuerungsversuche sind. Zunächst jedoch stellen wir ausgewählte Leistungs- und Infrastrukturdaten vor. Wir beschränken uns auf Entwicklungen, die die Diagnostik und interventive Therapie der Koronaren Herzkrankheit (KHK) im Zeitraum 1980-1993 betreffen. In diese Zeit fällt die Etablierung einer neuen Therapie, der PTCA oder Ballondilatation.

Die professionelle Arbeitsteilung hinsichtlich der KHK bestand bis gegen Ende der 70er Jahre darin, daß Diagnostik und medikamentöse Therapie Aufgaben der Kardiologie waren, während die direkte lokale Therapie (Bypass-OP) der Kardiochirurgie vorbehalten war. Mit der 1979 entwickelten PTCA verfügen die Kardiologen nun ebenfalls über eine direkte lokale Intervention. Anders als zunächst angenommen, ist die PTCA keine substitutive, sondern eine additive Technik. Wichtigstes Entscheidungskriterium, eine der beiden Therapien durchzuführen, ist der Befund aus einer Linksherzkatheteruntersuchung (LHKU).

### *Leistungs- und Infrastrukturdaten*

Die Anzahl der LHKUen stieg von 37.300 auf rd. 280.000, die der PTCA von praktisch Null auf 70.000. Vergleichsweise moderat hat die Zahl der Bypass-OPen von 5300 auf 37.000 zugenommen (Gleichmann u.a. 1985ff.; AGLMB 1993). Der Prozentsatz derjenigen Patienten, bei denen nach einer LHKU eine Intervention angezeigt scheint, ist von 15% auf 38% gestiegen.

In der Kardiologie haben Leistungs- und Kapazitätsentwicklung im wesentlichen miteinander Schritt gehalten. Anders dagegen in der Herzchirurgie; trotz Erweiterung der chirurgischen Kapazitäten bleibt zwischen Indikationen und der Anzahl durchgeführter OPen ein jährliches Defizit von 4000-7000 OPen bestehen. Der Kapazitätsausbau ist von der Entstehung und Ausbreitung einer neuen Einrichtung - des Herzzentrums - begleitet. Mitte der 80er Jahre lag die Anzahl bei etwa 30, mittlerweile gibt es bundesweit mehr als 60 dieser Zentren.

Ein dritter Aspekt der Expansion betrifft die zunehmende Zahl von Ärzten, die in den Teilgebieten "Kardiologie" bzw. "Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie" ausgebildet worden sind. Die